

– у 65, 26 – у 1 ребенка, 3 – у 6 человек, 4 группа отсутствовала ($p < 0,05$). Исследование наследственного анамнеза у пациентов с ДГР показало, что близкие родственники пациентов достоверно чаще страдали заболеваниями пищеварительной системы (заболевания желудочно-кишечного тракта: в группе с положительным уреазным тестом ($n=41$) – 2(4,9[0,68-9,32]%), в группе с отрицательным уреазным тестом ($n=57$) – 4(7,01 [2,84-19,95]%) ($p=0,681$) и пищевой аллергией (пищевая аллергия: в группе с положительным уреазным тестом ($n=41$) – 5(12,2[0,05-7,16]%), в группе с отрицательным уреазным тестом ($n=57$) – 4(7,01[2,84-19,95]%) ($p=0,426$).

Матери пациентов с ДГР имели отягощенный акушерский анамнез в виде осложненного протекания беременности (токсикозы первой и второй половины беременности: в группе с положительным уреазным тестом ($n=41$) – 4 (9,8 [3,98-10]%), в группе с отрицательным уреазным тестом ($n=57$) – 0 ($p=0,021$), дети достоверно чаще рождалась путем операции кесарева сечения (в группе с положительным уреазным тестом ($n=41$) – 5 (12,2 [0,05-7,16]%), в группе с отрицательным уреазным тестом ($n=57$) – 3 (5,3 [1,47-9,47]%) ($p=0,256$). Большое количество пациентов получало вскармливание адаптированными молочными смесями (в группе с положительным уреазным тестом ($n=41$) – 4 (9,8 [3,98-10]%), в группе с отрицательным уреазным тестом ($n=57$) – 11 (9,3 [0,05-7,16]%) ($p=0,263$) и у половины пациентов длительность грудного вскармливания составила менее 6 месяцев (в группе с положительным уреазным тестом ($n=41$) – 44 (48,8 [6,8-93,2]%), в группе с отрицательным уреазным тестом ($n=57$) – 31 (24,6 [0,05-71,6]%) ($p=0,086$).

Выводы. У детей с ДГР выявлена высокая вероятность сочетания факторов риска: генеалогических, биологических и социальных в виде хронических заболеваний ЖКТ и отягощенной наследственности (пищевая аллергия) у близких родственников, токсикозов первой и второй половины беременности, оперативного родоразрешения, высоким удельным весом искусственного вскармливания, малой длительностью грудного вскармливания.

Литература:

1. Галлиев, Ш.З. Дуоденогастральный рефлюкс как причина развития рефлюкс-гастрита / Ш.З. Галлиев, Н.Б. Амиров // Вестн. соврем. клин. медицины. – 2015. – № 2 (8). – С. 50-61.
2. Губергриц, Н.Б. Желчный рефлюкс: современные теория и практика / Н.Б. Губергриц, Г.М. Лукашевич, П.Г. Фоменко. – М.: Форте принт, 2014. – 26 с.
3. Звягинцева, Т.Д. Дуоденогастральный рефлюкс в практике врача-гастроэнтеролога: очевидные опасности и скрытая угроза / Т.Д. Звягинцева, А.И. Чернобай // Гастроэнтерология. – 2012. – №1. – С. 11.

УДК 618.2:616.8-009.62

ВЛИЯНИЕ НЕЙРОАКСИАЛЬНОЙ АНАЛГЕЗИИ НА ТЕЧЕНИЕ РОДОВ

Мацуганова Т.Н., Радецкая Л.Е., Винников А.В.

УО «Витебский государственный медицинский университет»

Введение. Родовая боль имеет в своем составе висцеральный и соматический компоненты, в связи с чем может оказывать негативное влияние как на течение родов, так и на состояние роженицы и плода. В современном акушерстве нейроаксиальная аналгезия (эпидуральная, спинальная и спинально-эпидуральная) заняла прочные позиции как наиболее эффективный метод обезболивания [2,3]. Комбинированная спинально-эпидуральная анестезия (КСЭА) сочетает в себе преимущества спинальной анестезии (быстрое наступление сенсорного блока) и эпидуральной (возможность углубления и пролонгирования аналгезии) [1,2,3].

Цель работы – изучить эффективность и безопасность применения КСЭА в родах.

Материал и методы. Проведен анализ течения родов, состояния рожениц, плодов и новорожденных 126 женщин, родоразрешенных в родильном отделении БСМП г. Витебска в 2017-2018 годах с применением КСЭА. Методика одноуровневой КСЭА заключалась в выполнении пункции эпидурального пространства на уровне L3 - L4. Через эпидуральную иглу длиной спинальной иглой G27 (pensil point) осуществлялась пункция твердой мозговой оболочки и

интратекально вводился приготовленный ex tempore раствор бупивакаина. Частичный спинальный сегментарный блок наступал уже через 3–4 минуты и продолжался в течение 40–60 минут. Поддержание аналгезии начиналось через 30–40 минут путем постоянной инфузии 0,2% раствора ропивакаина или 0,25% раствора бупивакаина со скоростью 5–7 мл/час в эпидуральное пространство. Эффективность обезболивания оценивалась по визуально-аналоговой шкале (ВАШ), состояние роженицы – по величине среднего артериального давления (САД), частоте сердечных сокращений (ЧСС) и сатурации кислорода (SaO₂), степень моторного блока – по шкале Bromage [1]. Кардиомониторная оценка состояния плода и сократительной деятельности миометрия осуществлялось с помощью фетокардиомонитора «Sonicaid» (Великобритания). Статистическая обработка результатов проводилась с помощью программного обеспечения Excel.

Результаты. Средний возраст рожениц колебался от 17 до 39 лет и составлял, в среднем, 25,0 ± 3,0 года. Первородящих женщин было 82,5%, повторнородящих – 17,5%. Родоразрешение проводилось с сроке до 37 недель у 4,5% женщин, при доношенной беременности – у 95,5%.

Показаниями к КСЭА были обезболивание родов (57,9%), профилактика и лечение аномалий родовой деятельности (29,1%), преэклампсия (7,4%), заболевания сердечно-сосудистой системы (5,6%). Приступали к выполнению КСЭА с началом активной фазы родов. Продолжительность КСЭА составляла в среднем 4 ч 38 мин.

Анализ сократительной деятельности матки, по данным мониторингового наблюдения и клинически, до начала КСЭА показал, что она была нормальной у 58,2% рожениц, чрезмерно сильной – у 9,1%, дискоординированной (ДРД) – у 1,8%. Чередование координированных и некоординированных сокращений матки имело место у 3,6% рожениц, дистония шейки матки – у 27,3%. На фоне проведения КСЭА у 98,2% рожениц отмечалась нормализация сократительная активность матки, не отмечено утяжеления состояния рожениц с преэклампсией и сердечно-сосудистой патологией. У первородящих женщин полное раскрытие шейки матки наступало в среднем через 4ч 28 мин, у повторнородящих – через 2ч 34 мин, а продолжительность первого периода родов составила в среднем 7ч 17 мин и 5ч 26 мин, соответственно, время продвижения предлежащей части через полость малого таза в периоде изгнания – 22 мин и 10 мин, продолжительность потуг – 19 мин и 17 мин. Продолжительность периода изгнания в среднем составила у первородящих женщин 41 мин, у повторнородящих – 27 мин, а общая продолжительность родов – 7ч 16 мин и 6ч 05 мин. Нарушения биомеханизма родов не было, все дети родились в переднем виде затылочного предлежания. Третий период родов протекал без осложнений у 98,2% рожениц. Средняя кровопотеря составила 262 мл. В одном случае имело место кровотечение, (кровопотеря 700 мл), обусловленное частичным плотным прикреплением плаценты.

Анализ эффективности обезболивания показал, что до начала КСЭА интенсивность родовой боли по ВАШ составляла 80–100 мм, но уже через 3–4 мин после введения местного анестетика субтекально этот показатель снижался до 10–20 мм, что свидетельствовало о почти полном исчезновении родовой боли. Степень моторного блока на фоне КСЭА была на уровне Bromage 0–1, что позволяло роженицам передвигаться. Существенного изменения состояния рожениц при применении КСЭА не отмечалось. Так, до начала КСЭА, средние показатели САД были 95 мм рт. ст., ЧСС – 88 уд/мин, SaO₂ – 98 %, на фоне аналгезии – 86 мм рт.ст., 75 уд/мин и 100%, соответственно. Ухудшения состояния плодов, по данным КТГ, при проведении КСЭА не отмечено. В одном случае (1,8%) имела место острая гипоксия плода в периоде изгнания, обусловленная пуповинным фактором. Ребенок родился в состоянии умеренной гипоксии, остальные дети родились в хорошем состоянии.

Выводы.

1. Комбинированная спинально-эпидуральная аналгезия обеспечивает адекватное обезболивание при сохраненном сознании и является эффективным методом обезболивания родов.

2. КСЭА не оказывает отрицательного влияния на сократительную активность миометрия в I, II и III периодах родов, не нарушает биомеханизма родов, не ухудшает состояние рожениц, плодов и новорожденных, укорачивает общую продолжительность родов.

3. КСЭА предупреждает утяжеление состояния рожениц с преэклампсией и сердечно-сосудистыми заболеваниями.

Литература:

1. Нейроаксиальные методы обезболивания родов. Национальные клинические рекомендации. – М., 2014. – 24 с.
2. Cook, T.M. Combined spinal epidural techniques / T.M. Cook // Anaesthesia. – 2000. – № 55. – P 42–64.
3. Combined spinalepidural (CSE) analgesia: Technique, management, and outcome of 300 mothers / R.E Collis [et al.] //International Journal of Obstetric Anesthesia. – 1994. – № 3. – P 75–81.

УДК 57.083.32

ТРАНСФОРМИРУЮЩИЙ ФАКТОР РОСТА БЕТА 1 ПРИ СОЧЕТАННОЙ АЛЛЕРГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ

Минина Е.С., Новикова В.И.

УО «Витебский государственный медицинский университет»

Введение. Бронхиальная астма (БА) – одно из самых распространенных хронических заболеваний у детей. По оценкам ВОЗ ее распространенность достигает более 300 миллионов человек [1]. Трансформирующий фактор роста бета 1 (ТФР- β_1), являющийся одним из основных медиаторов воспаления, участвует в эпителиальных и микрососудистых изменениях, субэпителиальном фиброзе дыхательных путей, тем самым, играя роль в процессах ремоделирования при БА [2].

Цель работы. Анализ уровня ТФР- β_1 при сочетанной аллергической патологии (БА и аллергический ринит).

Материал и методы. Исследование выполнялось на базе аллергологического отделения УЗ «Витебский областной детский клинический центр». Была сформирована группа из 33 детей 6-16 лет (23 мальчика и 10 девочек) больных персистирующей атопической БА легкой степени с установленным диагнозом БА. Группа исследования включала 2 подгруппы: БА без сопутствующего аллергического ринита – АР – (n=16) и БА с сопутствующим АР (n=17).

В группе исследования проводился анализ амбулаторно-поликлинических карт развития ребенка с детальным разбором анамнеза заболевания, традиционного клинического обследования, включавшего ЭКГ, УЗИ органов брюшной полости, спирографию, клинические анализы крови, мочи, копрограмму и исследование кала на присутствие яиц гельминтов, аллергологическое обследование с использованием кожных скарификационных проб с аллергенами, определение уровня общего IgE, антител класса IgE к миксту бытовых аллергенов, ТФР- β_1 .

Дети поступили в стационар на плановое обследование и лечение.

Иммунологическое обследование.

В ходе обследования проводился иммуноферментный анализ с количественным определением в сыворотке крови уровня ТФР- β_1 при поступлении.

Статистическая обработка данных.

Статистический анализ данных производился с помощью программ MS Excel, Statistica 10.0. Проверка гипотез о виде распределения осуществляли с помощью критерия Шапиро-Уилка. К количественным признакам, имеющим распределение, отличное от нормального, применяли непараметрические методы и использовали критерий Манна-Уитни. Данные исследования представлены в виде среднего значения, стандартного отклонения ($M \pm SD$), медианы, интерквартильного размаха ($Me [25;75]$).

Результаты и обсуждение. В ходе исследования статистически значимых различий по уровню общего IgE в двух подгруппах выявлено не было ($p > 0,05$). Статистически значимо также не различались уровни антител класса IgE к миксту бытовых аллергенов ($p > 0,05$).